

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA

ZESPOŁU DO SPRAW PRACOWNICZYCH I PŁACOWYCH

W DNIU 13 LUTEGO 2008 R.

W dniu 13 lutego 2008 r. odbyło się drugie posiedzenie Zespołu do Spraw Pracowniczych i Płacowych „Białego szczytu”. W spotkaniu wzięli udział: Pan Michał Boni Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Pan Marek Twardowski Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pan Konrad Łęcki Sekretarz Komitetu Sterującego „Białego szczytu”, Pan Jakub Bydłoń Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego Ministerstwa Zdrowia, Pan Dariusz Jarmutowski Dyrektor Departamentu Ekonomiczno – Finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, Pani Beata Elsner Naczelnik w Departamencie Ekonomiczno – Finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz członkowie zespołu.

Zgromadzonych na spotkaniu przywitał **Pan Przewodniczący Józef Grabowski**. Przyjęto następujący porządek obrad:

1. powołanie sekretarzy zespołu
2. prezentacja materiałów przesłanych do Ministerstwa Zdrowia przez stronę społeczną
3. dyskusja i zgłaszanie wniosków do stanowiska
4. przerwa ok. 14.00
5. prezentacja projektu ustawy o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej
6. przyjęcie stanowiska z odbytych dotąd posiedzeń zespołu.

Pan Przewodniczący zaproponował, aby uczestnicy spotkania przekazali swoje stanowiska dotyczące projektu ustawy bądź w terminie do dnia 18 lutego 2008 r. i wtedy następne posiedzenie zespołu odbyłoby się w dniu 20 lutego 2008 r. bądź do dnia 20 lutego 2008 r. i posiedzenie zespołu miałyby miejsce w piątek 22 lutego 2008 r.

Na sekretarzy zespołu powołani Pani Hanna Gutowska, przedstawicielka Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Pan Maciej Sokołowski przedstawiciel Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ.

Następnie głos zabrał **Pan Minister Michał Boni**. Poinformował, że w dniu 12 lutego 2008 r. odbyło się spotkanie Pana profesora Marka Safiana z szefami zespołów, podczas którego dyskutowano, jaka ma być forma efektu pracy zespołów. Pojawiły się sugestie, aby dokument wypracowany w zespole zawierał uwagi, rekomendacje, propozycje rozwiązań, co do których wszystkie strony są zgodne. W dalszej kolejności powinien uwzględniać uwagi popierane przez większość członków zespołu, z prawem do przedstawienia zdań odrębnych. Następnie zamieszczone byłyby kwestie, które wydają się rozbieżne i odnośnie których trudno uzyskać konsensus oraz katalog zaleceń na przyszłość.

Pan Minister Boni poinformował również, że kolejne posiedzenie Komitetu Sterującego odbędzie się 25 lutego 2008 r. natomiast posiedzenie plenarne „Białego szczytu” – 5 marca 2008 r. Na posiedzeniu plenarnym byłby przedstawiony dotychczasowy dorobek zespołów z jednoczesnym wskazaniem obszarów, w których prowadzone miałyby być dalsze prace. Poinformował również, że zgodnie z życzeniem partnerów społecznych Marszałek Sejmu rozesłał do konsultacji projekty ustaw skierowane już do łaski marszałkowskiej. Termin spływu uwag ma nastąpić 29 lutego br. Równocześnie ustalone zostało z Przewodniczącym Sejmowej Komisji Zdrowia Panem Bolesławem Piechą, że rozwiązania wypracowane przez zespoły zostaną zaprezentowane na

plenarnym posiedzeniu „Białego szczytu” 5 marca a następnie przedstawione Marszałkowi Sejmu i odpowiednim komisjom Sejmu i Senatu.

Pan Minister wyjaśnił, że Komisja Zdrowia do 5 marca nie rozpocznie merytorycznej pracy nad projektami ustaw. Stąd też istotne jest, jakie rekomendacje zostaną jej przedłożone przez zespoły. Poinformował również, że zgodnie z ustaleniami dalsze uwagi przesyłane Parlamentowi i odpowiednim jego komisjom będą w formie dokumentu z „Białego szczytu”.

Pan Minister Boni powiedział następnie, że zgodnie z wnioskiem ogólnopolskich reprezentacji związkowych, podczas posiedzenia prezydium Komisji Trójstronnej w ubiegłym tygodniu dyskutowano kwestię rozpoczęcia pakietowych prac nad porozumieniem dotyczącym: kwestii reprezentatywności, zmiany funkcjonowania sektora publicznego i nowego modelu wynagradzania w sferze budżetowej oraz kwestii związanych z programem aktywizacji 50+, gdzie będą również zawarte kwestie związane z dokończeniem reformy emerytalnej. Podczas prac Komisji Trójstronnej pojawiało się - głównie ze strony pracodawców - pytanie o sens prowadzenia dyskusji o płacach w sytuacji, gdy tym tematem zajmuje się również „Biały szczyt”. Z racji tego, że uczestnicy „Białego szczytu” stanowią największą grupę partnerów całego środowiska działającego w systemie ochrony zdrowia, propozycje rozwiązań powinny być kluczowe do dalszych prac. Pan minister dodał, że konieczne będzie stworzenie mechanizmu w Komisji Trójstronnej, który gwarantowałby prowadzenie dalszych prac nad problemami omawianymi na forum zespołu.

Pan Jakub Bydłoń Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia zaprezentował informację dotyczącą oczekiwań strony społecznej, sporządzoną na podstawie postulatów przekazywanych do Ministerstwa Zdrowia po posiedzeniu zespołu w dniu 8 lutego 2008 r.

Pan Przewodniczący Grabowski przekazał także informację, że na podstawie obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 16 stycznia 2008 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat z zysku w IV kwartale 2007 r. przedmiotowe wynagrodzenie wynosiło 3102, 92 złotych.

Następnie Pan Przewodniczący otworzył dyskusję.

Jako pierwsza głos w dyskusji zabrała **Pani Grażyna Musiałkiewicz reprezentująca Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii**. Zapytała, do czego należałoby się ustosunkować w toku dalszych prac. Stwierdziła również, że każdy uczestnik poprzedniego spotkania przesłał swoje propozycje i strona społeczna oczekiwałaby jakiegoś konsensusu odnośnie zebranych materiałów.

Pan Przewodniczący zapytał czy strona społeczna jest zgodna co do przyjęcia jako wytycznej wartości bazowej przeciętnego wynagrodzenia podanego przez GUS.

Pani Anna Knysok z Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej powiedziała, że należy uściślić, co jest rozumiane przez pojęcie wynagrodzenia zasadniczego oraz wynagrodzenia przeciętnego. Na wynagrodzenie przeciętne składają się wszystkie pochodnych łącznie z nadgodzinami i wszystkimi dodatkami. Zdaniem Pani Knysok uczestnicy spotkania mówiąc o wynagrodzeniu przeciętnym mają na myśli wynagrodzenie zasadnicze.

Pani Maria Ochman Przewodnicząca Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” zaproponowała, aby uporządkowane zostały pojęcia, jakie miałyby stanowić punkt odniesienia w dalszej dyskusji. Większość zgromadzonych zgadza się na przykład, aby takim pojęciem była średnia krajowa. Powiedziała, że NSZZ „Solidarność” popiera propozycję Pana Ministra Boniego, aby w pierwszej kolejności znaleźć to, co łączy.

Pan Wiktor Masłowski reprezentujący Business Centre Club zapytał, czy został przeprowadzony szacunek kosztów i obliczony rząd środków finansowych, jakie należałoby zabezpieczyć na realizację postulatów przedstawionych przez stronę społeczną. Powiedział, że należałoby dokonać takiej analizy, a jeżeli jest to obecnie niemożliwe, to należałoby przekazać informację, dlaczego.

Pan Marcin Szulwiński z Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych dodał, że w sytuacji, kiedy nie jest wiadomo, jakie środki będą przeznaczone na realizację postulatów strony społecznej, prowadzona dyskusja ma charakter abstrakcyjny. Zdaniem Pana Szulwińskiego przede wszystkim należałoby ustalić zależności płacowe pomiędzy poszczególnymi grupami pracowników, np. czy lekarz ma zarabiać więcej niż mgr rehabilitacji. Konieczne zatem byłoby dokonanie wartościowania stanowisk pracy.

Pan Andrzej Bujnowski z Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych wyraził opinię, że należy ustalić jedną wspólną kwotę bazową. Biorąc pod uwagę przepisy prawa pracy większe zastosowanie ma wynagrodzenie minimalne. Poparł wypowiedź Pana Masłowskiego dotyczącą konieczności ustalenia, jakimi środkami dysponuje system.

Powiedział również, że w chwili obecnej właściwe byłoby określenie liczby pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w proces leczenia. Te dane mają poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ. Fundusz określa również minimalne standardy, które trzeba spełnić przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i to nie może być w oderwaniu od wynagrodzeń i kosztów tych wynagrodzeń. W pierwszej kolejności należałoby zbilansować, jaką system dysponuje kadrą i dopiero potem określić, na jakim poziomie należałoby ustalić przychody i na tym oprzeć dalszą dyskusję.

Pani Dorota Gardias Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych przypomniała, że w toku prac Zespołu Międzyresortowego opracowywana była przykładowa siatka płac, z przykładową drogą dojścia do określonego wynagrodzenia. Chodziło o to, aby stworzyć taką siatkę, w której umiejscowiony będzie każdy pracownik od momentu wejścia do systemu.

Stwierdziła ponadto, że jeżeli punktem odniesienia ma być płaca minimalna to ta kwestia stanowi problemu, bo środowisko pielęgniarskie dokona odpowiedniego wzrostu wysokości oczekiwań płacowych. Zaproponowała wprowadzenie wartościowania stanowisk pracy w zakładach opieki zdrowotnej oraz uporządkowanie zasad wynagradzania.

Pan Ryszard Kijak z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy stwierdził, że skoro spotkania zespołu nie mają sensu z kilku powodów – nie będzie środków na to, co ewentualnie zostanie wypracowane, nie dokonano wartościowania stanowisk pracy i równocześnie nie wiadomo, jaką drogą te postulaty zostałyby wprowadzone, czy na zasadzie ponadzakładowego układu zbiorowego pracy dla budżetówki potem zgeneralizowania go czy na zasadzie ustawowej czy innej, to w związku z tym najpierw należałoby rozstrzygnąć sprawy kluczowe, a potem zastanawiać się nad podziałem środków. Jeżeli się okaże, że nie ma pieniędzy, to należy się rozejść. Podobnie w sytuacji, jeżeli nie będzie możliwe wprowadzenie układu zbiorowego pracy ani

ustawy określającej minimalne płace dla samodzielnych publicznych, a może nawet dla przekształconych już w spółki prawa handlowego, zakładów. Dlatego trzeba najpierw ustalić z Rządem rozwiązania systemowe a dopiero potem przechodzić do szczegółów.

Pani Przewodnicząca Maria Ochman zwracając się do Pana Ministra Boniego powiedziała, że przedstawiony na wstępie materiał był w dużej mierze przygotowany już przez Zespół Międzyresortowy w toku kilkunastu miesięcy jego prac. Pewne rzeczy okazywały się możliwe, inne niemożliwe. Tak naprawdę potrzebna jest informacja ze strony Rządu. Główne założenia do ustawy nie napawają optymizmem, bo one tak naprawdę więcej mówią o tym, czego w tej ustawie nie będzie, niż o tym, co będzie. Strona społeczna chciałaby poznać stanowisko strony rządowej dotyczące zakresu podmiotowego i przedmiotowego. Pani Przewodnicząca zapytała również, w jakim trybie będą głosowane protokoły Komitetu Sterującego i z poprzedniego posiedzenia zespołu.

Pan Andrzej Śliwowski z Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych odniósł się do ankiety. W punkcie „zakres podmiotowy - kogo ma dotyczyć nowe prawo” Krajowa Izba nie jest wyszczególniona, pomimo tego, że odpowiedzi zostały przesłane na wskazany adres internetowy. Poprosił o nie powielanie błędów, ponieważ byli wymienieni jako diagności, podczas gdy ich zawód to diagnosta laboratoryjny.

Pani Maria Ilnicka-Mądry ze Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych powiedziała, że istotą powinno być określenie ilości gwarantowanych pieniędzy publicznych, które mają służyć zabezpieczeniu zadania. Dotychczas mówi się o pieniądzach, które mają tylko jednego adresata, jakim jest płatnik publiczny. W tych środkach powinna być jednoznacznie określona minimalna kwota czy minimalny procent przeznaczony na wykonanie zadania, czyli na płace związane z wykonaniem danych świadczeń. Można by było do tego podejść, tak jak w środku roku zostało to zrobione z ustawą z 22 lipca 2006 r., gdzie została przypisana pewna wartość pracy dla poszczególnego rodzaju świadczeń. Mając jednoznacznie zagwarantowaną minimalną kwotę na wykonanie danego zakresu świadczeń wówczas dopiero powinno się ustalić zakresy dla poszczególnych stanowisk, czy poszczególnych grup zawodowych do wykonania tego zadania. Konieczne jest określenie minimum, które musi być zagwarantowane na płace. Później są następne środki, które dyrektor powinien umieć przełożyć swojej załodze na płace. Ale najpierw Narodowy Fundusz Zdrowia musi umieć przełożyć jednoznaczną kwotę gwarantowaną, tak jak potrafi to zrobić w przypadku niektórych umów.

Pani Hanna Gutowska z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych powiedziała, że po raz kolejny uczestniczy w czymś, co nie przynosi żadnych efektów i że nie szanuje się dotychczas wykonanej pracy. Dodała, że zapomina się o zwykłych pracownikach, którzy oczekują nie na wielomiesięczne dyskusje i obliczenia, ale na to żeby zacząć coś naprawdę robić. Tak jak mówione było na poprzednim, spotkaniu strony, które biorą w nim udział, składają swoje oczekiwania, a rolą decydentów jest ocena, czy możliwe jest ich zrealizowanie, w jakim czasie i w jakim zakresie. W imieniu NRPiP poprosiła o odpowiedź w odniesieniu do oczekiwań zgłoszonych przez pielęgniarki i położne.

Pan Marcin Szulmiński zapytał, kto tak naprawdę jest decydem, jeżeli chodzi o ustalenie płac w szpitalu, bo jeśli ustali się, że nie dyrektor i nie jest on odpowiedzialny za sytuację finansową szpitala, to kto za to będzie brał odpowiedzialność. Do tej pory za kondycję finansową szpitala bierze odpowiedzialność dyrektor bądź prezes, jeżeli jest to szpital niepubliczny, i jeżeli ma zostać ustalona siatka płac, która następnie zostanie przekazana dyrektorom do realizacji, to należy zdjąć z dyrektorów odpowiedzialność za kondycję finansową zakładów. Chyba, że za tym będą przekazane odpowiednie środki.

Pani Hanna Gutowska wyjaśniła, że strona społeczna zdaje sobie sprawę z tego, że kierownik zakładu ponosi odpowiedzialność za jego prowadzenie. Dodała, że te spotkania organizowane są po to, aby znaleźć źródła finansowania oczekiwań zgłaszanych przez pracowników zoz-ów. Rola pracodawcy i tego, kto zarządza zakładem, będzie taka, że jeżeli znajdą się środki na spełnienie oczekiwań, to - w porozumieniu ze wszystkimi związkami zawodowymi działającymi w zakładzie - środki te zostaną przekazane na płace. Powiedziała również, że krytyczna sytuacja wynika z problemów narastających latami i nierozwiązywanych przez kolejne rządy. Zdaniem Pani Gutowskiej wina leży także po stronie strony społecznej, której zabrakło konsekwencji w postępowaniu.

Pan Wiktor Masłowski powiedział, że podziela stanowisko przedstawione przez Panią Gutowską. Zwrócił się z prośbą, aby w dalszych pracach nad ustawą, w której zobowiązuje się pracodawców do przeznaczenia 40% wartości wzrostu kontraktu na wynagrodzenia, ustalone zostało, że przeznacza się środki za świadczenia faktycznie wykonane, a nie za te, które są planowane.

Następnie głos zabrał **Pan Minister Michał Boni**. Powiedział, że szukając rozwiązania należy mieć na uwadze, że kierownik zakładu ponoszący odpowiedzialność za zarządzanie finansami jest jednocześnie partnerem do negocjowania wynagrodzeń, podpisującym konkretne umowy o pracę. Z drugiej strony problemem jest to, jakim strumieniem środków dysponują zarządzający. Ten strumień środków zależy od tego, jakie obywatele płacą składki, kto i w jakiej wysokości je płaci i kto partycypuje w tym systemie. Te rozwiązania są różne i należałoby je przejrzeć, zastanawiając się nad tym, jaka jest partycypacja w płaceniu składek przez różne grupy. Drugie źródło, które pojawia się w debatach publicznych, to jest zwiększenie składki, co niesie za sobą różne perturbacje, bo z jednej strony albo konsekwencją będzie zmniejszenie przychodów do budżetu państwa z podatków osobistych, albo zwiększenie tych podatków. Ponadto istnieje możliwość zasilenia systemu przez inne źródła, jak np. możliwość wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń. Jedną z pierwszych rzeczy, nad którą trzeba się zastanowić, jest uzmysłowienie sobie, jakie istnieją źródła finansowania i czy można je poszerzyć. Celem wysiłku reformowania systemu ochrony zdrowia jest poszerzenie źródeł finansujących system, ale z drugiej strony - poprawa jakości oraz poprawa efektywności zarządzania.

Wskazał również na istotę wartościowania pracy w ochronie zdrowia. Zgodnie z informacją z NFZ trwa proces wyceniania poszczególnych procedur. Utrzymywana jest samodzielność zakładów, a nawet wzmocniana obecnie proponowaną ustawą o zozach. Trwają prace nad zwiększeniem dopływu środków do systemu ochrony zdrowia. Jak te trzy rzeczy będą spełnione, to wtedy należy zastanowić się, nie naruszając samodzielności i zróżnicowania podmiotów w ochronie zdrowia, nad sposobem stworzenia dla danego systemu punktów odniesienia dotyczących tego, jaka ma być relacja wynagrodzenia osób pracujących w systemie ochrony Zdrowia, od stanowisk najniższych do najwyższych. Odpowiedź Rządu na to pytanie w zakresie stworzeniu mechanizmu takich relacji jest jak najbardziej pozytywna. Istnieją jednak pewne utrudnienia. W obecnym modelu ubezpieczeniowym i przy takim zróżnicowaniu podmiotów i pracodawców bardzo trudne byłoby wprowadzenie modelu wdrażania poprzez wprowadzenie ponadzakładowego układu zbiorowego pracy. Byłoby absurdem wprowadzenie przez państwo siatki płac na mocy ustawy. Co oznacza, że muszą być stworzone progowe punkty odniesienia.

Pan Minister Boni zwrócił uwagę, że pojawiają się głosy, że po to, aby zachować elastyczność to - być może - ten punkt odniesienia powinien dotyczyć wynagrodzeń minimalnych w rozumieniu ustawy o płacy minimalnej

w odniesieniu do danej kategorii zawodowej. Należy się zastanowić nad wprowadzeniem takiego modelu i nad tym, jak później go implementować. Należy zastanowić się nad tym, jakie powinny być relacje pomiędzy poszczególnymi grupami pracowników.

Pan Minister Marek Twardowski powiedział, że w Polsce kontynuowany będzie system ubezpieczeniowy. Powiedział, że zgodnie z wolą strony społecznej można przeliczyć koszt postulatów, ale będzie to stanowiło pewien problem, ponieważ niektóre kwestie są określone kwotowo, zaś inne tylko rzeczowo, jak np. urlopy dla poratowania zdrowia. Dodał również, że nie należy kierować się tym, ile aktualnie Rząd posiada pieniędzy na system ochrony zdrowia. Strona rządowa jest zainteresowana tym, aby dowiedzieć się, jaki jest możliwy konsensus pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi i jakie są wymagania tych grup, tak, aby było wiadomo, w jakim czasie do jakich kwot można dojść. Jeżeli będzie znana informacja, ile poszczególne grupy zawodowe chcą zarabiać, to wtedy możliwe będzie przeliczenie rzeczywistych kosztów oraz oszacowanie w jakim czasie i jakimi sposobami uda się zapewnić dopływ tych środków do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pani Przewodnicząca Dorota Gardias odnosząc się do wystąpienia Pana Ministra Boniego powiedziała, że może właściwe byłoby przygotowanie ustawy przejściowej. Powiedziała, że na wprowadzenia wartościowania stanowisk pracy potrzebne są przynajmniej dwa lata, tak aby przygotować jego wprowadzenie w poszczególnych zakładach pracy w oparciu o założenia, które miałyby być opracowane na szczeblu krajowym. Poinformowała, że odnośnie wartościowania stanowisk pracy jest opór pracodawców. Dodała, że OZZPiP w różnych zakładach dokonała przykładowego wartościowania, ale dyrektorzy nie chcieli go stosować. Przeprowadzenie wartościowania musi być rozłożone w czasie, trzeba przeszkolić ludzi i tego nie da się zrobić w krótszym czasie niż dwa lata. Ustawa przejściowa z płacą minimalną wydaje się na wtenczas rozsądna. Strona społeczna ma świadomość, że niektórzy pracownicy przy wartościowaniu już nie dostaną podwyżek, dlatego że takie stanowisko już zostało przewartościowane.

Pan Maciej Sokołowski reprezentujący STOMOZ powiedział, że jest oczekiwanie znaczącego wzrostu płac pracowników zakładów opieki zdrowotnej i w tym celu obraduje „Biały szczyt”. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest obowiązująca od 1 stycznia 2008 r. nowelizacja ustawy o zoz-ach, która w pewnym zakresie przypomina tzw. ustawę 203, jako rozwiązanie prawne wprowadzone w życie bez jednoczesnego zapewnienia środków na jego realizację. Powiedział, że opracowanie dokładnej siatki płac wynagrodzeń zmierza w stronę wprowadzenia rozwiązania typowo budżetowego. Wydaje się że na podstawie informacji, jakie Ministerstwo dostało od strony społecznej, można mniej więcej oszacować oczekiwania płacowe. Z pewnym marginesem można określić, jakie środki są potrzebne w systemie. Jeżeli zaś chodzi o podział tych środków, wyraził opinię, że dyrektorzy w jakiś sposób porozumieją się z pracownikami co do tej kwestii.

Pan Jerzy Jakubiszyn z Naczelnej Rady Lekarskiej stwierdził, że jeżeli dyrektorzy mówią, że narzucanie im jakiś konkretnych wynagrodzeń, to jest ograniczanie ich samodzielności, to dlaczego za ograniczenie ich samodzielności nie uważa się kwot, jakie obowiązani są płacić za leki, za materiały opatrunkowe itd. Stwierdził, że koszty pracy są ostatnim nie policzonym jeszcze elementem i należy je w końcu policzyć.

Pani Hanna Gutowska zwróciła uwagę, że poziom zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie daje bezpieczeństwa pacjentom. Według informacji NRPiP bardzo niewiele nowych pielęgniarek i położnych wchodzi do systemu. Dyskusja powinna dotyczyć tego, jakie warunki pracy pielęgniarki czy położnej trzeba stworzyć, żeby były chętne do pracy w zawodzie. Powiedziała, że na terenie zakładów dyrektorzy zatrudniają te

same pielęgniarki poprzez agencje pielęgniarskie, bo nie ma wystarczającej kadry. Zdaniem Pani Gutowskiej należy zastanowić się nad tym, co zrobić, żeby te zawody były znowu atrakcyjne.

Pan Minister Michał Boni powiedział, że w efekcie dyskusji jest zgoda co do takich kwestii, jak system ubezpieczeniowy, samodzielność podmiotów, konieczność poszukiwania nowych źródeł finansowania, wartościowanie pracy, okres przejściowy oraz model referencyjny jako punkt odniesienia. Zaznaczył, że nie chodzi o ustalenie sztywnej siatki płac, bo to powodowałoby problem z jej faktyczną realizacją. Natomiast zachowując cechy systemu ubezpieczeniowego i swobodę rynkowego działania, która w określonych warunkach daje szansę wzrostu, można stworzyć model referencyjny, czyli punkty odniesienia, które będą zapewniały pewne minima. Jednocześnie przypomniał, że o tym, jaki jest poziom płacy minimalnej w Polsce, decyduje ustawa i inne przepisy prawa. Nie ma możliwości ustalenia kilku płac minimalnych w danym kraju. Powiedział, iż istnieje rozróżnienie na płacę minimalną ze względu na staż pracy – w pierwszym roku pracy – 80% wynagrodzenia. Podobne uregulowania posiadają inne kraje. Podkreślił, iż płaca minimalna uległa znacznemu zwiększeniu pomiędzy rokiem 2007 a 2008. Powyższy wzrost w związku z presją płacową, rosnącymi oczekiwaniami, zabezpieczył sytuację osób otrzymujących to wynagrodzenie na poziomie realnej płacy minimalnej. Zwrócił uwagę, iż dyskutując na temat płacy minimalnej, należy odnieść się do większej grupy osób, nie należy brać pod uwagę np. 110 stanowisk, gdyż to zakłóci prawdziwy obraz problemu. Następnie odniósł się do pytania przewodniczącego dotyczącego kwoty bazowej. Stwierdził, iż trwa obecnie dyskusja związana z całym system wynagradzania w sferze budżetowej. Powstaje pytanie, czy dobrym rozwiązaniem jest wzięcie pod uwagę kwoty bazowej w sytuacji, gdy odnosi się ona do wszystkich. Tym bardziej, że istnieje wiele grup, które dawno przekroczyły wszystkie wskaźniki i kwoty bazowe, jakie miały obowiązywać w tym roku. W związku z tym rodzi się pytanie, czy należy posługiwać się określeniem kwoty bazowej, czy też pojęciem płacy minimalnej. Podkreślił, iż tego rodzaju uwagi pojawiały się m.in. ze strony Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Izby Lekarskiej oraz innych środowisk medycznych. Podobne propozycje zawarte są również w projekcie ponadzakładowego układu zbiorowego pracy przygotowanego przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i określone jako minimum wyjściowe. Stwierdził, iż ze względu na czynniki i ilość zmiennych mających wpływ na wysokość wynagrodzenia (np. wysługa lat oraz dodatki do wynagrodzenia), nie można żądać ustalenia wysokości przeciętnego wynagrodzenia w danej grupie. Następnie zauważył, iż postęp prac mógłby nastąpić poprzez skoncentrowanie się na punkcie referencyjnym, przy jednoczesnym prowadzeniu prac w zakresie minimalnego wynagrodzenia dla określonych z wykorzystaniem materiałów przygotowanych przez zgromadzonych.

Pan Józef Grabowski odniósł się do wystąpienia Pani Marii Ochman. Stwierdził, iż w materiale, który został przekazany do Ministerstwa Zdrowia, są różne kwoty bazowe np. 3100, odniesienie do kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, w innym przypadku do minimalnej kwoty. Zaproponował wskazanie parametru, jakim będzie posługiwał się Zespół. Ułatwi to przeliczenie wartości i kosztów. Zwrócił się z prośbą do Pani Bożeny Wołek o zajęcie stanowiska w kwestii kwoty minimalnego minimalnego.

Pani Bożena Wołek, przedstawicielka Departamentu Prawa Pracy w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, stwierdziła, iż nie może rozstrzygnąć kwestii kwoty minimalnego, gdyż powinny być przedstawione konkretne propozycje. Zasugerowała, iż chodzi o relacjonowanie wynagrodzeń minimalnych zasadniczych do określonej kwoty bazowej. Propozycja 3100 jest to kwota bazowa, która jest przyjęta dla podstaw ustalenia maksymalnego wynagrodzenia osób objętych ustawą kominową, w tym kierowników publicznych zakładów

opieki zdrowotnej. Jest to kwota przeciętna w sektorze przedsiębiorstw bez nagród w zysku i wynosi ona w tym roku 3100 zł.. Kwota bazowa stanowi podstawę wyliczenia maksymalnych wynagrodzeń kierowników państwowej sfery budżetowej, w tym roku to będzie wzrost o 1000 zł (z około 8 tys. na około 9 tys.). Zaznaczyła, iż jeżeli rozważana by była kwestia kwoty bazowej, można by było przeanalizować, dlaczego w sektorze przedsiębiorstw, a nie w całej gospodarce narodowej. Samodzielne publiczne zakłady i ochrona zdrowia jest w sektorze finansów publicznych, a sektor finansów publicznych obejmuje państwową sferę budżetową, samorządową, jednostki badawczo – rozwojowe, szkoły wyższe i przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej jest obecnie w granicach 2900 i jest niższe niż w sektorze przedsiębiorstw. Stwierdziła, iż rozpatrując kwestie hipotetycznej kwoty bazowej, jako Ministerstwo Pracy będą odradzali, by tą kwotą bazową było minimalne wynagrodzenie ustalane na podstawie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę z 2002 r. Z uwagi na fakt, iż jest to kategoria określona ustawowo w drodze upoważnienia konstytucyjnego, ma zastosowanie do ogółu pracowników. Biorąc pod uwagę ogromną grupę osób, którą ewentualna kwota bazowa by dotyczyła, czyli równa minimalnego wynagrodzenia oraz każdorazowe coroczne negocjacje na forum Komisji Trójstronnej, to to utrudniałoby racjonalną dyskusję i wzrost tego wynagrodzenia, z uwagi na obligatoryjne skutki dla pracodawców, których budżet państwa, niefinansujący wynagrodzeń tych pracowników, nie byłby w stanie pokryć. Podkreśliła, iż jeżeli rozważana by była kwota bazowa, to nie powinno to być minimalne wynagrodzenie za pracę, które wynosi w tym roku 1126 zł i są oczekiwania, że w rozsądnym czasie będzie zbliżone do kwoty 50% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Kwoty bazowe są ustalone, jak powiedział Pan Minister Boni, dla innych grup zawodowych (dla nauczycieli około 2000), są corocznie waloryzowane średniorocznym wskaźnikiem wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych, i ewentualnie, gdyby taka kwestia byłaby rozważana, jako wyjściową kwotę można by było przyjąć 2000 czy 3000 w tym roku i że będzie ona określała jakiś mechanizm waloryzacyjny. Stwierdziła, iż z uwagi na fakt, że omawiane rozwiązania będą dotyczyły pracodawców prowadzących samodzielną gospodarkę, samofinansujących się, pojawią się problemy z finansowaniem obligatoryjnych skutków, które są zawarte w zgłoszonych propozycjach. Zdaniem Ministerstwa Pracy wielokrotnie prezentowanym, ważne jest wskazanie, kto, w jakiej formie, jakich grup będzie to dotyczyło, na jakich zasadach.

Następnie głos zabrała **Pani Maria Ochman**. Podkreśliła, iż ważnym elementem powstawania dobrego prawa jest element spokoju społecznego, o czym w przeszłości można było się wielokrotnie przekonać. Przypomniała, iż została złożona deklaracja odnośnie rozpatrywania projektu ustawy o przekształceniach, czyli nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, równoległe z projektem ustawy o szczególnych uprawnieniach, tak aby nie powodować narastania konfliktów w poczuciu zagrożenia związanego z tym, że z ustawy wyrzucono - celem wyczyszczenia - resztki tzw. pragmatyki zawodowej. Zwróciła się z prośbą o podjęcie decyzji kierunkowej rządu, w sytuacji gdyby rząd nie przedłożył innej propozycji niż ta, która została przedstawiona w założeniach.

Pan Marek Skarżyński, Federacja Związku Pracodawców, zwrócił uwagę, iż w toczącej się dyskusji chodzi o ustalenie prawidłowych relacji między poszczególnymi grupami zawodowymi w szpitalu. Kwestia ta dotyczy nie tylko lekarzy i pielęgniarek, ale problem ten powinien obejmować większą grupę osób. Wartościowanie stanowisk wymaga sporych nakładów pracy, lecz można to zrealizować w czasie krótszym niż dwa lata, opierając się na wytypowanych szpitalach racjonalnie zarządzanych, które obecnie dobrze sobie radzą, ponieważ w tych szpitalach jest racjonalne zatrudnienie. Szpitale, które posiadają znaczne zadłużenie, nie mogą służyć informacjami o wartościowaniu stanowisk pracy. Wycena punktowa mogłaby, po odpowiednim zsumowaniu,

posłużyć do przyjęcia stanowiska, że mamy do czynienia z kroczącym punktem w skali roku czy dwóch lat, który by w miarę posiadanych środków w systemie mógł być przyskalowywany. Ten punkt w ciągu roku by obowiązywał, trudności by sprawiało osiągnięcie konsensusu co do tego, jakie są różnice pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi. Stwierdził, iż stanowiłoby to podstawę do modelowania płac nie w powiązaniu ze średnimi krajowymi czy minimalnymi płacami, tylko wartość punktu byłaby pochodną polityki rządu w zakresie nakładów na sektor ochrony zdrowia. Obecnie widoczny jest brak działań rządu w celu zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia: KRUS, wzrost składki, które w krótkim czasie mogą poprawić sytuację w sektorze. Jeżeli środki będą rosły powoli, to należy określić wysokość wynagrodzenia, gdyż zadanie to zostanie powierzone dyrektorom szpitali, którzy będą borykali się z tym problemem.

Pan Zdzisław Szramik, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, zwrócił uwagę, iż nie powinno się ustalać relacji płac pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi, gdyż spowoduje to konflikt, tym bardziej, że kwestia dotyczy zamkniętej puli środków finansowych. Stwierdził, iż nie można mówić o kosztach pracy, jeżeli nie będzie standardów zatrudnienia. Obecnie w wielu szpitalach brakuje lekarzy i pielęgniarek, zatem nie można ustalać na podstawie tych szpitali kosztów pracy, ponieważ koszty te będą zaniżone. Jeżeli wartości te odniesie się do reszty kraju spowoduje to określone skutki i będą trudności z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego. Standardy zatrudnienia można przyjąć na różnym poziomie. Ustalając standardy zatrudnienia należy mieć świadomość, jakie konsekwencje rodzi taka decyzja. Podkreślił, iż związek nie musi tłumaczyć propozycji zgłoszonych przez siebie. Wysokość wynagrodzenia zaproponowana przez lekarzy wynika z oszacowania wartości ich pracy. Nie ma przy tym znaczenia to, w oparciu o jaki współczynnik oszacowano to wynagrodzenie. Chodzi głównie o kwotę na poziomie około 9 tys. - płaca zasadnicza, która ma wpływ na stawki dyżurowe. Chodzi również o ustalenie mechanizmu waloryzacji płac.

Grażyna Musiałkiewicz, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii, podkreśliła, iż reprezentują dużą grupę zawodową pracowników nie lekarzy i nie pielęgniarek, choć wśród osób zrzeszonych w związku są również lekarze ze specjalizacją pracujący w laboratoriach czyli diagnostyki laboratoryjnej. Są to magistrzy fizjoterapii, technicy analityki medycznej, technicy fizjoterapii, technicy radiologii. Zasady wykonywania tych zawodów nie są uregulowane prawnie. Podkreśliła, iż pracownicy ci również pełnią dyżury medyczne i wyjeżdżają za granicę podobnie jak pielęgniarki. Brak motywacji do podjęcia przez tych pracowników pracy. Zwróciła uwagę na problem niedostrzegania tej grupy zawodowej oraz niedoceniać pracy tych pracowników. Przypomniała, iż NFZ płaci za wykonaną pracę, jednakże jest duża różnica tych samych procedur w całym kraju. Duża ilość pracowników, osoby z wyższym wykształceniem, zarabia blisko wysokości płacy minimalnej.

Pan Minister Michał Boni zaznaczył, iż Zespół zbiera się po to, żeby efektywnie i rzeczowo porozmawiać. Powiedział, iż szanuje każdy zawód medyczny. Podzielił zadanie wyrażone przez panią Grażynę Musiałkiewicz, odnośnie dobrze opłaconych fizjoterapeutów. Następnie odniósł się do oczekiwań płacowych lekarzy, o których mówił Pan Szramik. Wzrost środków finansowych będących w dyspozycji NFZ zależy od wielkości tempa wzrostu gospodarczego. 1% wzrostu tempa gospodarczego to 1,5% przyrostu składki. Jeżeli jest 40 mld zł. za dany rok i w następnym roku jest wzrost gospodarczy rzędu 5%, oznacza to, że przychody składkowe powinny wynosić ok. 7, 5% od poprzedniego roku, od 40 mld zł to jest 3 mld złotych. Podkreślił, iż jeżeli presja płacowa w stosunku do wzrostu wydajności będzie taka, jak jest w Polsce od dwóch lat, to zatrzyma się wskaźnik zatrudnienia, który jest najniższy w Unii Europejskiej i wynosi 57%, czyli tyle osób pracuje, ma dochody, płaci

podatki, płaci składki. Średnia w Unii Europejskiej to 65%, Dania 73%. Zatrzymanie tempa wzrostu wskaźnika zatrudnienia powoduje szereg niebezpieczeństw ekonomicznych, których efektem będzie deficyt w niektórych zawodach i poszukiwanie taniej siły roboczej, stąd jest dyskusja o Białorusinach, Ukraińcach, Chińczykach. Zwrócił uwagę, iż budując nowy model wynagradzania należy pamiętać, iż musi on być w taki sposób skonstruowany, by miał zawory bezpieczeństwa na wypadek gorszego okresu w rozwoju gospodarczym.

Pan Józef Grabowski, Przewodniczący ogłosił przerwę.

Po przerwie **Pan Przewodniczący Józef Grabowski**, wznowił posiedzenie Zespołu oraz poinformował o otrzymaniu przez zgromadzonych projektu ustawy o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej oraz materiału przygotowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia odnośnie prognozy przychodów ze składek NFZ na lata 2008 – 2010. Poprosił Pana Dariusza Jarmutowski o zreferowanie przygotowanego materiału.

Pan Dariusz Jarmutowski podziękował za zaproszenie. Poinformował, że powyższa prognoza jest corocznie przygotowywana przez NFZ zgodnie z obowiązkiem wynikającym z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Załączona prognoza została opracowana w oparciu o wskaźniki makroekonomiczne przyjęte w założeniach do budżetu państwa na rok 2008 i w oparciu o dane przekazane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych o liczbie osób płacących składki oraz o przepisie składki za rok 2006, jak również o dane przekazane przez KRUS o liczbie osób płacących składkę oraz o przepisie składki za rok 2006. Dane zostały zaktualizowane do roku 2007 i następnie skorygowane o wskaźniki makroekonomiczne przyjęte w założeniach do budżetu i przeliczone na warunki roku 2008, 2009 i 2010. Z materiału wynika, iż w 2008 r. NFZ spodziewa się przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych przez ZUS i KRUS w kwocie 46 796 mln zł. Jest to około 12% więcej niż w roku 2007 i jest to spowodowane głównie przez zmiany w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych zmieniającej składkę rentową, jak również zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w odniesieniu do bezrobotnych i osób pobierających zasiłki pielęgnacyjne. W kolejnych latach 2009–2010 Fundusz spodziewa się, że te przychody będą nadal rosły, jednakże tempo wzrostu zostanie zmniejszone i szacowane tempo wzrostu jest na poziomie 6,5 i 6,7%. W roku 2010 NFZ spodziewa się przychodów rzędu 53 259 mln zł.

Pani Maria Ilnicka-Mądry stwierdziła, że założenia do planu finansowego i do prognoz były robione na bazie pierwszego półrocza 2007 r. Tymczasem w drugim półroczu 2007 r. zmiany uległy takie czynniki jak m.in. ściągalskość składki, tempo wzrostu gospodarczego, sytuacja polityczna. Faktyczny wzrost, który nastąpił w roku 2007 i odnalazł odzwierciedlenie w zmianach planu finansowego NFZ na 2008 r., powinien odnaleźć odzwierciedlenie w aktualnym opracowaniu. W związku z tym zwróciła się z prośbą o przekazanie aktualnego opracowania.

Pan Dariusz Jarmutowski wyjaśnił, że przychody za rok 2007 z tytułu składek wyniosły ponad 42 miliardy zł. Natomiast prognozy są tworzone corocznie, co jest związane z opracowywaniem planu finansowego na rok następny. Jakakolwiek aktualizacja odbywa się na podstawie informacji o przypisie składki otrzymywanej z ZUS. Pełna informacja za rok 2007 spodziewana jest w marcu 2008.

Pani Maria Ochman podkreśliła, że przede wszystkim oczekuje od NFZ informacji na temat planów związanych z rozdysponowaniem zwiększonych dochodów do zakładów opieki zdrowotnej. Chodzi o udzielenie odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób NFZ zamierza zrealizować postulat zwiększenia środków na kontraktowane świadczenia medyczne.

Pan Dariusz Jarmutowski poinformował, że od początku roku planowane koszty świadczeń zdrowotnych zostały już zwiększone o 1 miliard 320 milionów zł. To były dwie zmiany planu finansowego NFZ z 29 stycznia i 11 lutego 2008 r. Omawiane środki zostaną przeznaczone na kontraktowanie świadczeń, natomiast tryb ich kontraktowania określa ustawa

o świadczeniach opieki zdrowotnej. Dyrektorzy oddziałów, do których te środki zostały bezpośrednio skierowane, przeprowadzą renegocjacje ze świadczeniodawcami.

Pani Maria Ilnicka-Mądry, przedstawicielka Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych, zwróciła się do przedstawiciela NFZ z pytaniem, jakie są plany Funduszu, czy za zwiększoną kwotę zamierza on kupić więcej świadczeń, czy za wyższą stawkę. Powiedziała, że zarządzanie szpitalem w sytuacji, kiedy nie są znane jego fundusze, jest znacznie utrudnione.

Głos zabrał **Pan Minister Twardowski**. Poinformował, że pod koniec 2007 r. podwyższono wartość punktu za procedurę szpitalną średnio w skali kraju do 12 zł. Powiedział, że prawdopodobnie do końca czerwca br. będą obowiązywały dotychczasowe zasady rozliczania umów. Nie przesądzono jeszcze, czy od 1 lipca będzie obowiązywał system HRG. Potrzebne jest uprzednie wprowadzenie programu pilotażowego w reprezentatywnej grupie szpitali. Pan Minister podkreślił, że nie jest w stanie jednoznacznie odpowiedzieć, czy środki finansowe, o których była mowa, zostaną przeznaczone na zwiększenie wartości punktu. Istnieje bowiem tutaj problem prawny, polegający na tym, że świadczenia w AOS i w lecznictwie zamkniętym są na zasadzie konkursu. W związku z tym z prawnego punktu widzenia wartość tego punktu w ciągu roku nie powinna ulegać zmianie. Ostateczne decyzje w tym zakresie podejmie Prezes NFZ.

Pan Zdzisław Szramik zwrócił uwagę, że to Ministerstwo Zdrowia prowadzi politykę zdrowotną, a NFZ powinien być jedynie bankiem, który ją finansuje, a nie tworzy. Stwierdził, że jeżeli prawo w praktyce nie służy dobrze funkcjonowaniu społeczeństwa, to powinno być zmienione.

Pani Dorota Gardias powiedziała, że z dotychczasowego przebiegu dyskusji wynika, że podejmowanie jakichkolwiek ustaleń na temat wzrostu wynagrodzeń nie ma sensu, ponieważ nie będzie środków finansowych na sfinansowanie tych postulatów. Odnosząc się do projektu ustawy o szczególnych uprawnieniach, stwierdziła, że projekt ten był długo oczekiwany, a po wstępnej jego analizie okazuje się, że tak naprawdę nic się nie zmieniło, z wyjątkiem tego, że zagadnienia, których dotyczy, zostały wyodrębnione z ustawy o zoz.

Stwierdziła, że jest zaniepokojona sposobem podejścia do rozwiązywania aktualnych problemów. W jej opinii należałoby zastanowić się nad generalnymi zmianami w systemie. Być może należałoby zaczerpnąć pomysłu z Belgii, gdzie ze składki zdrowotnej opłacane są świadczenia pacjentów i lekarze, a z budżetu państwa inni pracownicy.

Pani Urszula Michalska zwróciła się z pytaniem do Pana Ministra Twardowskiego oraz przedstawiciela NFZ, w jaki sposób na terenie kraju kształtuje się dolna i górna granica ceny za punkt medyczny i jakie były kryteria zróżnicowania stawki. Ponadto poprosiła o przedstawienie informacji na temat zasad przyznania dodatkowych świadczeń. Odniosła się również do przepisu art. 59a dodanego do ustawy o zoz na mocy nowelizacji ustawy z 22 lipca 2006 r. i zapytała w jaki sposób przepis ten będzie realizowany w kontekście nowych zasad kontraktowania świadczeń, który być może będzie obowiązywał od 1 lipca 2008 r. Czy nie dojdzie do sytuacji, że pracownicy stracą prawo do tych środków.

Pan Minister Michał Boni stwierdził, że w związku z licznymi wątpliwościami, jakie pojawiają się odnośnie planów NFZ, należałoby na następne posiedzenie zespołu zaprosić Prezesa NFZ. Ponadto poinformował, że

Parlament nie rozpoczął jeszcze prac nad projektami ustaw, ponieważ czeka na ustalenia i postulaty przyjęte przez członków „Białego szczytu”.

Pani Maria Ochman powiedziała, że w jej opinii dzisiejsze posiedzenie zespołu powinno zakończyć się komunikatem lub informacją na temat propozycji przedstawionych zarówno przez partnerów społecznych, jak i stronę rządową. Zaproponowała, że być może należałoby się w pierwszej kolejności zastanowić nad nowelizacją już obowiązujących przepisów prawnych.

Pan Przewodniczący Józef Grabowski poinformował, że sekretarze zespołu przygotowali projekt stanowiska zespołu, zawierający główne postulaty, które były przedmiotem dyskusji.

Głos zabrał **Pan Wiktor Masłowski**. Przypomniął, że skutek finansowy ustawy z 22 lipca 2006 r. wynosił 4,5 miliarda złotych, kwota ta musiała być zasilona pieniędzmi w wysokości 950 milionów złotych, „zdyjętych” z kontraktów na świadczenia zdrowotne. Oznacza to, że suma na świadczenia opieki zdrowotnej z początkiem 2007 r. była o prawie 1 miliard złotych mniejsza. Pieniądze te zostały zabrane szpitalom ze świadczeń zdrowotnych. Przypomniął jednocześnie, że wartość punktu w szpitalach na przestrzeni ostatnich lat praktycznie nie ulegała zmianie. Tymczasem wartość mediów dostarczanych corocznie do szpitali stale rosła. Wartość punktu, która umożliwiłaby szpitalom sprostanie wszystkim oczekiwaniom, powinna wynosić 16-18 zł. Jednocześnie podniósł, że w poz w zeszłym roku regularnie co kwartał następował wzrost stawki kapitacyjnej. W ciągu roku 2007 ta wartość dla pojedynczego gabinetu lekarskiego była wyższa o 10 tysięcy zł. Zwrócił się z prośbą o zwiększenie średniej stawki za punkt do 16-18 zł, w zależności od charakteru szpitala. Złożył formalny wniosek o uwzględnienie tego postulatu we wnioskach końcowych z dzisiejszego posiedzenia.

Pan Maciej Sokołowski Sekretarz zespołu ds. pracowniczych i płacowych zaprezentował przygotowany projekt stanowiska, który ostatecznie zostało określone jako wnioski (11 punktów) oraz uzgodnienia (3 punkty).

W kwestii formalnej zabrała głos **Pani Maria Ochman** wyjaśniając, iż jeżeli jest to stanowisko wszystkich zebranych, to strona rządowa się nie odnosi – jedynie je podpisuje. Pani Przewodnicząca wskazała, iż przekazane projekty są wstępne i będą poszerzane o te założenia, które zostały wymienione.

Pani Hanna Gutowska wskazała, że wnioskodawca, Pani Przewodnicząca **Ochman** zaproponowała konkretne terminy do poszczególnych punktów. Ponieważ Zespół pracuje nad stanowiskiem, to należy przygotować komunikat, który będzie obowiązywał wszystkich. Jeżeli któraś organizacja ma zdanie odrębne, należy przy tym punkcie to umieścić. Poprosiła, aby w dniu dzisiejszym taki dokument powstał.

Pani Maria Ochman przypomniała, iż w dniu dzisiejszym pewne kwestie zostały uzgodnione i należy to spisać. Pani Przewodnicząca podkreśliła fakt, iż powstały dokument nie jest stanowiskiem, a jedynie oczekiwaniami-zebranymi informacjami. Natomiast zostały przekazane pewne dokumenty, które będą przedmiotem dalszych prac tego Zespołu, aby zgodnie z obowiązującym prawem wypracować materiał do kontynuacji prac w Komisji Zdrowia.

Pan Minister Michał Boni poinformował zebranych, iż padło kilka deklaracji dotyczących spraw, które zostaną przygotowane na następne spotkanie- przeliczenia, spotkania z Prezesem NFZ. Po drugie określono wyraźne na dzień dzisiejszy stanowisko Rządu, iż należy przy całym skomplikowanym modelu wynagradzania, jaki istnieje w systemie ochrony Zdrowia, przy ubezpieczeniowym charakterze tego systemu, przy samodzielności podmiotów, znaleźć rozwiązanie, które wbudowywałoby ten model punktów odniesienia dla wzrostu płac.

W dyskusji poruszono kwestie wynagrodzenia minimalnego, zagrożenia, płac minimalnych dla poszczególnych grup, inni odnosili się do przeciętnego wynagrodzenia.

Pan Minister zaproponował, aby ze względu na ważność spraw jeszcze popracować w oparciu o konstrukcje, które zostaną umieszczone w protokole, który powstanie z tego spotkania. Strona rządowa na następne spotkanie przygotuje stosowne materiały, ponadto obecny będzie szef NFZ, który wyjaśni powstałe wątpliwości. Przy zachowaniu otwartości do rozmów możliwe będzie przyspieszenie działań.

Pani Hanna Gutowska nadmieniła, iż zapis na końcu nie świadczy o tym, iż samorząd pielęgniarek i położnych stoi po innej stronie niż rząd. Złożony został spis oczekiwań, m. in. pozapłacowych zgłaszanych przez środowisko pielęgniarek i położnych, co nie pojawiło się dzisiaj, nie mniej jednak katalog ten przedstawiany był poprzedniemu rządowi, który nie zdobył się na jego ocenę. Środowisko pielęgniarek i położnych oczekuje sygnału, iż partnerzy rządowi pochyłili się na problemami przez nie zgłaszanymi.

Pan Minister Michał Boni zadeklarował, że wszystkie przedstawione punkty będą przeanalizowane.

Pani Maria Ochman przypomniała, iż punktem wyjścia do rozpoczęcia prac była ankieta przygotowana w oparciu o prace NSZZ „Solidarność” przez Pana Sokołowskiego. Nie jest prawdą, że Rząd nie zapoznał się z postulatami, które zgłosiły trzy centrale ogólnopolskie. Jest opinia RCL z 2006 r., która nie wykluczała, a nawet wskazywała, że dla innych grup przy podobnej sytuacji, pewne rozwiązania pozapłacowe funkcjonują.

Pan Tomasz Szelański Dyrektor Generalny Federacji Pacjentów Polskich wyraził wątpliwość, czy wszyscy uczestnicy mają określony cel tego spotkania. Pan Minister Boni przypomniał, iż w Polsce funkcjonuje model systemu ubezpieczeniowego, to jeżeli będziemy się domagać więcej środków finansowych od budżetu do systemu ubezpieczeniowego, to będzie to system mieszany. Tendencje zmian, poza naszym krajem, w systemach opieki zdrowotnej zmierzają wprost do modelu konsumenckiego. Także zmiany w naszym kraju zmierzają w tym kierunku, natomiast postulaty zgłaszane na tej sali są bardziej postulatami lewicowo-socjalistycznymi, a nie rynkowymi.

Jeżeli nasz system jest zamknięty, jest pewna pula środków, którą dysponujemy, jak wspomniał Pan Szramik, jeżeli więcej z tej puli przeznaczymy na płace i utrzymanie funkcjonowania zakładów to mniej środków będzie na usługi. Spowoduje to zarówno większe kolejki, jak i rozczarowanie społeczeństwa. Należy to mieć na względzie a nie tylko rachunek ekonomiczny.

Konkludując wypowiedź, Pan Szelański chciałby zwrócić uwagę, aby nie kierować działań na wysokość płac, ale aby wykorzystać możliwości kanałów finansowania, o których wspominał Pan Minister Boni. Są to kanały rynkowe, które mogłyby dostarczyć więcej środków do systemu.

Jeśli toczone rozmowy dotyczą okresu przejściowego, to należy się skupić nad takim rozwiązaniem, w którym obowiązywały pewne ustalone reguły płacowe, a po tym okresie koniec z socjalizmem. Warunki rynkowe wymuszą także jakość pracy, o której nie wspomniano w powyższym dokumencie. Należy ustalić taki minimalny okres zabezpieczeniowy.

Pan Przemysław Poznański, przedstawiciel Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, stwierdził, że obecna dyskusja zdominowana była przez podmioty finansowane ze składki zdrowotnej, natomiast ratownictwo finansowane jest z budżetu państwa,

dlatego wskazane byłoby umieścić na końcu zapis „w tym do podmiotów realizujących zadania opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa.” Ratownictwo medyczne ma najwyższy wskaźnik kosztów wymieniony w ustawie tzw. podwyżkowej z 22 lipca 2006 r., a 90 procent kosztów pracy to jest zespół.

Zgłoszono propozycję, aby ustalić termin następnego spotkania a Pana Sokołowskiego i Panią Gutowską wyznaczyć do przygotowania wniosków stanowiących posumowanie dzisiejszego spotkania.

Pan Andrzej Tur, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, stwierdził, że wątpliwości budzi pkt 5. Zmiana czasu pracy dotyczy tę grupę pracowników, dlatego należy zmienić brzmienie tego punktu, lub dodać, iż grupa ta oczekuje pilnego wyjaśnienia skutków finansowych i pracowniczych zwiększenia czasu pracy części pracowników, których dotychczas obowiązywał skrócony czas pracy (10 kategorii zawodowych z różnym poziomem wykształcenia). W ocenie Związku spowoduje to 30 procentowe bezrobocie. Proste zwiększenie pensum godzinowego spowoduje realny spadek wynagrodzenia. Przedstawiciel związku uważa, iż jest to sposób na znalezienie dodatkowych środków finansowych na wynagrodzenia dla innych grup zawodowych, z czym Związek się nie zgadza.

Pan Maciej Sokołowski przypomniał, iż dążono do takich zapisów, które wszystkich łączą, a nie dzielą, z zachowaniem szacunku dla odrębności zdań. Poproszono Pana Tura o pisemne zgłoszenie wniosku. Następnie Pan Sokołowski przeczytał propozycję brzmienia preambuły, która została zaakceptowana. Poprzez głosowanie zostały przyjęte następujące wnioski:

1. Konieczny jest zdecydowany i szybki wzrost wynagrodzeń wszystkich grup pracowniczych sektora ochrony zdrowia.
2. Należy pilnie opracować akt prawny, który pozwoli zapewnić zgodny ze zgłoszonymi oczekiwaniami poziom wynagrodzeń pracowników zakładów opieki zdrowotnej.

Zdanie przeciw **Pani Anna Knysok** - padła propozycja wykreślenia.

Pan Marek Kuciński MSWiA - brak zgody na taki punkt.

Pan Maciej Sokołowski przypomniał, iż zdania odrębne należy zgłaszać pisemnie do Sekretariatu Zespołu.

Pan Wiktor Masłowski zaproponował, aby ten punkt uzupełnić o skutki finansowe i wskazać źródła finansowania.

Pan Minister Michał Boni rozwił wątpliwości, czy zespół powinien zajmować się źródłem finansowania. Należy zobowiązać odpowiednie instytucje do przeanalizowania tej kwestii.

Pan Wiktor Masłowski zaproponował w imieniu czterech organizacji pracodawców, aby nadwyżki finansowe NFZ przeznaczyć i przekazać na wzrost wartości punktu bez zmniejszania liczby punktów. Przeciw jest 3, jeden wstrzymujący.

Na propozycję, aby zobowiązać stronę rządową do pisemnej odpowiedzi na przyjęte wnioski zabrał głos **Pan Minister Marek Twardowski**. Stwierdził, że nie da się odpowiedzieć wiążąco w ciągu tygodnia na zagadnienia, które nie zostały rozwiązane przez poprzednie ekipy rządzące. Strategiczne decyzje podejmowane są na szczeblu państwa na podstawie prac w Komisji Zdrowia, gdzie będą procedowane projekty ustaw i podczas dyskusji z Rządem, gdzie opracowany zostanie zbiorczo z czterech podstolików jeden dokument spójny.

Pani Gutowska wniosła sprostowanie, iż nie ma zapisanego terminu udzielenia odpowiedzi, jednak partnerzy społeczni oczekują, aby tym razem postulaty środowiska pielęgniarek i położnych nie pozostały bez odpowiedzi. Podkreśliła że oczekuje na piśmie odpowiedzi na to, co zostało złożone.

Pani Urszula Michalska powiedziała, że zdaje sobie sprawę, że udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania jest trudne, ale zakładanie, że na żadne z pytań nie można udzielić odpowiedzi, to zrzucenie odpowiedzialności. Podkreśliła, że związek zawodowy przez nią reprezentowany poważnie traktuje udział w pracach zespołu i wywiązuje się z zadań nałożonych w trakcie posiedzenia. W jej opinii na niektóre pytania można odpowiedzieć od razu, a na pewne rzeczy należy poczekać, do momentu, kiedy będzie to możliwe. W razie, gdy na następnym spotkaniu będzie obecny Prezes NFZ, który przedstawi informacje, a Zespół uzna, że jest niezbędne, aby były one przekazane na piśmie, to powinny być one przedstawione na piśmie. Pani Przewodnicząca podkreśliła, że w odniesieniu do zagadnień, które były przez nią poruszane i dotyczyły ceny punktu w szpitalnictwie w poszczególnych oddziałach NFZ, oczekuje, że zostanie przygotowane stanowisko na piśmie.

Pani Maria Ochman, powiedziała, że są dwie możliwości. Albo zapisany będzie wniosek, podsumowanie, że członkowie Zespołu, oczekują, iż strona rządowa itd. i wówczas członkowie zespołu zostaną przy swoim zdaniu, a jednocześnie zamieszczamy zostanie zapis, iż przedstawiciele rządu się nie zgadzają. Druga rzecz, w interesie Rządu jest, aby odpowiedzieć na kilka pytań, na które podczas dyskusji padały propozycje (również ze strony pracodawców) zapobieżenia pewnym zdarzeniom, które się wydarzą. Odsunięcie tego w czasie spowoduje, że nie będzie już takiej możliwości, ucieczki od konsekwencji i zwalania na poprzedników. Próbując ułatwić wszystkim zadanie, które postawił Pan Premier, w tym również jemu samemu, a kierowały nim pewne intencje wypełnienia pewnych zobowiązań, deklaracji, „Solidarność” uważa, iż czas podjąć próbę realizacji. Pani Przewodnicząca zgłosiła sugestię, że fundamentem dla tych wniosków mógłby być projekt ustawy, który został przekazany dzisiaj jako wstępna propozycja. Byłaby to próba szukania dalszych rozwiązań. Sprawą otwartą jest kwestia okresu przejściowego, ścieżka dojścia. Te rzeczy powinny się znaleźć w dokumencie i stać się przedmiotem do dalszych prac.

Pan Tomasz Szelański zgłosił uwagę, aby w końcowym zapisie znalazł się zapis na końcu zdania, że pod kątem ich realizacji i w przypadku uznania przez członków Zespołu za stosowne w interesie beneficjenta systemu, czyli pacjenta. Zapis ten mógłby dawać pewną perspektywę, że tu nie są realizowane interesy tylko poszczególnych grup zawodowych pracujących w tym systemie, ale cały system, który tworzony jest dla pacjenta.

Pani Urszula Michalska odnosząc się do wypowiedzi przedmówcy, w imieniu swojej centrali związkowej zgłosiła uwagę, iż niedopuszczalne jest, aby wypowiadać się w ten sposób. Pracownicy ochrony zdrowia pracują za nędzne wynagrodzenia, ale pracują nie tylko w okresie przejściowym, Dlatego mogłaby być to niezręczność w odpowiedzi przedmówcy. Tego typu odpowiedzi podgrzewają atmosferę. Należy mieć na względzie fakt, że świadczenia medyczne może udzielać szaman i może dobrze wykształcony i dobrze wynagradzany pracownik. Chodzi o to, aby był to dobrze wykształcony i dobrze wynagradzany pracownik, a zarazem i dobrze udzielający świadczeń zdrowotnych.

W związku z powyższym Pani Przewodnicząca Michalska zwróciła się do Pana Szelańskiego jako przedstawiciela reprezentacji pacjentów z prośbą o nie wyrażanie tego typu opinii, że pracownicy ochrony zdrowia nie pracują, bo pracują. I jeszcze jedna uwaga do zdania, które zgłosił Pan Szelański: zespół ma

nazwę „zespół ds. wynagrodzeń i innych spraw pracowniczych”. I to jest jedyne forum w zespołach „Białego szczytu”, w którym można mówić o sprawach pracowniczych, bo do tego celu został ten zespół powołany. To, że członkowie zespołu nie chcą ograniczenia ani zmniejszania dostępności świadczeń dla pacjenta, o czym świadczy między innymi poprzedni punkt, który zgłaszał Pan Wiktor Masłowski.

Pan Minister Marek Twardowski powiedział, że obrady zespołu trwają kilka godzin, co świadczy o tym, iż poruszana problematyka jest bardzo ważna. Jednocześnie stwierdził, że wypracowany dokument pozwala na dalsze procedowanie i w następnym spotkaniu już można będzie poruszać kolejne problemy.

Pani Maria Ochman, zwróciła uwagę na fakt, że do dnia 18 lutego br. członkowie zespołu powinni przekazać uwagi dotyczące projektu ustawy o szczególnych uprawnieniach. Zwróciła się z pytaniem, w jakim trybie mają one być przedstawione, konsultacji, czy opinii. W przypadku, gdyby było zapisane, że będą przekazane opinie, oznaczałoby to, iż jest to już gotowy dokument. Zaproponowała, żeby były to uwagi dotyczące wstępnego projektu.

Pan Minister Marek Twardowski, zgłosił propozycję przegłosowania tekstu dokumentu zaprezentowanego przez Panią Hannę Gutowską i Pana Sokołowskiego, wraz z poprawkami.

W wyniku głosowania ustalono, że jedna osoba jest przeciwna, natomiast pozostałe osoby głosowały za przyjęciem tekstu.

Pani Maria Ochman, zaproponowała, aby w tekście przyjętych ustaleń uwzględnić te terminy, o których wspominał Pan Minister Boni.

Spotkanie zakończył Pan Przewodniczący Józef Grabowski, który podziękował Panu Ministrowi, oraz wszystkim przybyłym na posiedzenie zespołu za obecność i udział w dyskusji.